RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2457/2004 **ATAS/133/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 9 février 2006

En la cause

Monsieur B_____, représenté par FORUM SANTE, Madame Christine BULLIARD	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : **Madame Karine STECK, Présidente;**
Mesdames Maya CRAMER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur B_____, ressortissant tunisien né en 1956, a travaillé en tant que plongeur pour l'entreprise X_____ SA (pièce OCAI [ci-après : A] A 1 et 8).

2. Le 27 janvier 1997, il a consulté le Dr A_____, rhumatologue, pour des lombalgies irradiant dans la fesse droite. Ce médecin a fait procéder à des tomodensitométries axiales computérisées qui ont révélé, lors d'un examen le 13 août 1998, la présence d'un canal lombaire étroit, d'une protrusion discale avec une petite composante herniaire en L4-L5, d'une protrusion discale prononcée en L5-S1, d'une spina bifida occulta en S1, et, lors de l'examen du 21 octobre 1998, de lésions dégénératives précoces sous forme de sclérose des surfaces articulaires sacro-iliaques (A 26, 27 et 36).

3. Le 11 février 1999, l'assuré a par ailleurs été victime d'un accident professionnel. Il a glissé dans la cuisine du restaurant et fait une chute sur le côté droit, la jambe droite partant en extension et la partie externe de son genou droit heurtant violemment le mur (A 8 et 11).

4. Le même jour, son employeur a déclaré l'accident à VAUDOISE ASSURANCES qui a pris le cas en charge en tant qu'assureur-accidents (A 8).

5. Le 12 février 1999, le Dr A_____ a diagnostiqué des contusions au genou droit ainsi que dans la région lombaire droite et attesté d'une totale incapacité de travail pour une durée indéterminée (A 8).

6. Une imagerie à résonance magnétique (IRM) du genou droit pratiquée le 26 février 1999 a mis en évidence une chondropathie rotulienne dans la partie externe, une dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne et des lésions ostéochondrales (A 8).

7. Le 12 mai 1999, le Dr C_____, chirurgien orthopédiste, a diagnostiqué une ostéochondrite du condyle fémoral externe et a fait état d'une évolution lentement favorable (A 8).

8. L'employeur a mis un terme au contrat de travail pour fin octobre 1999, pour cause de restructuration de l'entreprise (A 13).

9. Le 2 novembre 1999, le Dr D_____, chef de la Policlinique de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a procédé à une arthroscopie qui a permis de diagnostiquer une lésion chondrale stade IV du condyle externe droit. Devant l'étendue de la lésion, il a procédé à une greffe de cartilage autologue en mosaïque (A 8).

10. Dans son rapport du 16 août 2000, le Dr D_____ a estimé qu'il était opportun de réorienter l'assuré vers une profession plus sédentaire que la restauration. Il a expliqué que le patient était apte à travailler en position assise ou en alternant les positions assise et debout, sans port de lourdes charges et sans montée ou descente d'escaliers (A 8).

11. Dans son rapport du 19 septembre 2000, le Dr A_____ a attesté d'une capacité résiduelle de travail entière. Il a confirmé qu'en raison des problèmes lombaires, le patient devait avoir un emploi permettant d'alterner les positions assise et debout (50% assis, 50% debout).

12. Le 9 octobre 2000, l'assuré a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OCAI) une demande de prestations tendant à un reclassement dans une nouvelle profession (A 1).

13. Dans son rapport du 8 novembre 2000, le Dr D_____ a indiqué que le patient présentait une très importante amyotrophie de non-utilisation du membre inférieur droit entraînant une instabilité subjective du genou et des lâchages vers 45° de flexion. Il a expliqué que cette symptomatologie limitait la capacité fonctionnelle du membre inférieur gauche et influait négativement la reprise d'une activité professionnelle normale (A 11).

14. Au début de l'année 2001, dans le cadre du chômage, l'assuré a effectué un stage de deux semaines à 50% dans une entreprise travaillant le cuir. Cette activité, exercée à mi-temps, semblait compatible avec son état de santé. Puis, lors d'un stage d'aide cordonnier à plein temps permettant l'alternance des positions, l'assuré s'est plaint de douleurs au genou et a indiqué que sa jambe "lâchait" de temps à autre (A 17).

15. Dans son rapport du 13 juin 2001, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a indiqué que, lors de l'entretien du 11 juin 2001, l'assuré semblait avoir décidé d'emblée et quelle que soit l'activité proposée qu'il ne pourrait travailler qu'à mi-temps. Elle a proposé la mise en œuvre d'un stage d'observation professionnelle auprès de la Fondation PRO (A 14).

16. Dans son rapport d'évaluation du 15 octobre 2001, à la suite du stage effectué du 16 juillet au 15 octobre 2001, la Fondation PRO a conclu à l'existence d'une très bonne capacité de travail dans des activités légères, à savoir à plein temps avec rendement de 90%, ce qui équivalait à la capacité d'un valide qui réalisait des tâches devenant répétitives avec le temps. Elle a précisé que l'assuré était très manuel et qu'il possédait les aptitudes nécessaires - tant de ce point de vue que sur le plan intellectuel - à la réalisation de travaux de montage mécanique et électrique. Par ailleurs, il s'était montré ponctuel, consciencieux et assidu dans son travail (A 20).

17. Par décision du 22 novembre 2001, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente, estimant que la capacité de travail de l'assuré était entière, avec un rendement de 90% dans des activités industrielles légères. Elle a également refusé l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle, considérant que l'assuré avait les capacités pour trouver un travail par lui-même (A 28).

18. Par acte du 18 décembre 2001, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès de la Commission cantonale de recours AVS-AI-APG (ci-après : la Commission de recours), alors compétente, en faisant valoir que, compte tenu des limitations fonctionnelles attestées par son médecin, il ne voyait pas quel genre de travail il pourrait exercer à 90% (A 29).

19. Dans son rapport du 30 mars 2002, le Dr A_____ a précisé qu'en raison de ses problèmes lombaires, le patient devait éviter tous travaux nécessitant la position debout ou le port de charges ainsi que toute tâche s'exerçant en flexion prolongée ou répétée du rachis (A 36).

20. Dans le cadre des mesures cantonales de l'assurance-chômage, l'assuré a travaillé en tant que surveillant au musée de l'Ariana du 29 août 2002 au 30 mai 2003 (A 39 et 41).

21. Des radiographies du coude droit prises le 19 février 2003 ont mis en évidence une fracture verticale de la tête radiale avec présence d'un épanchement intra-articulaire, sans effondrement significatif. Cette fracture a justifié un arrêt de travail à 100% du 17 février au 19 mai 2003 (A 57, 58 et 65).

22. Dans son rapport du 11 avril 2003, le Dr D_____ a mentionné que, le 8 avril 2003, il avait revu le patient, lequel se plaignait essentiellement de lâchage itératif du membre inférieur droit associé à une sensation électrisante lombo-crurale. Du point de vue du genou, il a estimé que le status était satisfaisant puisqu'il n'y avait ni instabilité ligamentaire, ni de souffrance méniscale. Il a fait état de la persistance d'une amyotrophie quadricipitale et d'une hypoactivité de ce muscle faisant songer au développement d'une négligence quadricipitale (A 60).

23. L'assuré s'est soumis à divers examens radiologiques. Le 19 mai 2003, une électroneuromyographie n'a montré aucun signe lésionnel radiculaire L3-L4 à droite. Quant aux radiographies de la colonne lombaire prises le 21 mai 2003, elles n'ont pas révélé d'anomalie, si ce n'est un discret bâillement postérieur en L4-L5 en flexion (A 52 et 53).

24. Dans son rapport du 23 mai 2003, le Dr E_____, neurologue, a indiqué qu'en l'absence d'instabilité au niveau lombaire, de hernie ou de trouble dégénératif pouvant contribuer à une atteinte radiculaire du côté droit, il n'y avait aucune explication neurologique aux lâchages du genou droit. Il a posé un diagnostic de chute avec lâchage du genou d'origine indéterminée (A 54).

25. L'assuré a également effectué un test isocinétique à la Clinique de rééducation des HUG. Dans son rapport du 26 juin 2003, le Dr F_____ a souligné que, du côté gauche, l'appréciation de ce test était juste possible avec un quadriceps aux petites valeurs et une dysbalance majeure des ischiojambiers difficilement explicable autrement que par un problème de compréhension ou de motivation. Du côté droit, ce spécialiste a relaté un bilan caricatural dont les résultats signifieraient que la station monopodale à droite et la marche seraient impossibles. Il a précisé que toutes les modalités concentriques droites étaient à ce point altérées qu'il ne pouvait s'agir que d'une autolimitation massive du patient. Cette thèse était renforcée par la morphologie des courbes, les coefficients de reproductivité desdites courbes et le dysfonctionnement excentrique moindre dont la modalité de fonctionnement était plus inconsciente (A 55).

26. Par jugement du 4 juillet 2003, la Commission de recours a confirmé la décision de l'OCAI du 22 novembre 2001. Elle a estimé que, durant son stage, l'assuré avait montré qu'il était parfaitement capable d'exercer une activité légère, tel le montage électrique ou mécanique. De plus, le taux d'invalidité ressortant de la comparaison des revenus effectuée par l'OCAI s'élevait à 2,5%, taux qui ne donnait droit, ni à des mesures de reclassement, ni à une rente d'invalidité. Elle a précisé que l'assuré pourrait saisir l'administration d'une nouvelle demande au cas où son invalidité se serait modifiée postérieurement à la décision de l'OCAI (A 40).

27. Le 8 septembre 2003, l'assuré a présenté une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité en précisant qu'il souffrait de douleurs au genou entraînant des chutes à répétition, d'une perte de force dans le membre inférieur droit consécutive à l'opération du genou droit et de problèmes vertébraux (A 41).

28. Par courrier du 16 octobre 2003, l'OCAI a informé l'assuré qu'il lui appartenait de rendre plausible l'aggravation de son état de santé en lui faisant parvenir tout document utile à ce sujet (A 48).

29. Dans son rapport du 22 octobre 2003, le Dr A_____ a attesté de ce que l'assuré avait fait plusieurs chutes durant l'année 2003, principalement lors de la marche rapide, et que les investigations avaient mis en évidence une perte de 50% de la force musculaire au niveau du genou droit. Il a précisé que le patient ne pouvait pas exercer d'activité debout, ni porter de charges (A 56).

30. Le 5 novembre 2003, l'assuré a informé l'OCAI que l'état de son genou se dégradait continuellement et progressivement avec des lâchages du genou qui entraînaient des chutes (A 61).

31. Le bilan du 5 avril 2004 consécutif au stage de six mois effectué du 15 septembre 2003 au 14 mars 2004 dans le cadre du programme d'emploi temporaire fédéral a conclu à la nécessité d'alterner les positions assise et debout après deux heures au maximum en raison des fortes douleurs dorsales. Il a confirmé la limitation du port

épisodique de charges à cinq kilos dans un temps relativement court en raison de douleurs dans le dos et la jambe droite. Le répondant de ce programme a précisé qu'après un mois d'activité à plein temps, le temps de travail avait été réduit à 50% en raison des douleurs dorsales et aux jambes (A 64).

32. Par décision du 17 août 2004, l'OCAI a rejeté la demande du 8 septembre 2003 estimant que les divers éléments médicaux en sa possession ne justifiaient pas une réévaluation du degré d'invalidité (A 66).

33. Le 13 septembre 2004, l'assuré a formé opposition à ladite décision et conclu à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Il a allégué ne pas être capable de travailler à plus de 50% et a relevé que, dans sa décision de refus, l'OCAI avait ignoré passablement de données et d'arguments (A 68).

34. Par décision sur opposition du 12 novembre 2004, l'OCAI a confirmé sa décision du 17 août 2004 pour le motif que, dans une activité adaptée, on pouvait exiger de l'assuré qu'il mette en pratique une capacité de travail entière (A 73) .

35. Par acte du 29 novembre 2004, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances. Il fait valoir que l'intimé n'a pris en considération ni ses problèmes de dos, ni ses douleurs du genou, engendrés par la position assise. Il conclut à la reconnaissance d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Il demande un délai supplémentaire pour compléter la motivation de son recours après avoir obtenu des renseignements complémentaires du Dr A_____ et de l'ASSOCIATION REALISE.

36. Dans sa réponse du 7 janvier 2005, l'intimé a expliqué que le recourant présentait en substance les mêmes problèmes de santé qu'au moment de la décision du 22 novembre 2001, raison pour laquelle il avait refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Il a conclu au rejet du recours.

37. Dans son rapport du 6 décembre 2004, le Dr A_____ a précisé qu'il avait toujours admis une capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, ce qui avait été constaté lors du stage professionnel du patient. Quant aux limitations fonctionnelles, outre le changement fréquent de position, le médecin traitant a mentionné une diminution de mobilité en raison de lâchages du genou droit, ainsi qu'une impossibilité d'accélérer le pas ou de prendre appui sur ce genou.

38. Dans son rapport du 5 janvier 2005, le Dr A_____ a expliqué que l'évolution de genou droit avait débouché sur l'apparition d'une arthrose et, par conséquent, sur une limitation physique des fonctions de ce genou consistant en une impossibilité à le plier et à l'étendre complètement, une obligation de changer régulièrement de position et une impossibilité de rester assis plus de quinze à vingt minutes. Il a ajouté que les lombalgies sur arthrose et surcharge pondérale handicapaient le

patient dans la position debout et lors du port de charges. En raison de ces diverses limitations, il a estimé sa capacité résiduelle de travail à 50%.

39. Dans sa réplique du 27 janvier 2005, le recourant a soutenu que son état de santé s'était aggravé en raison de l'apparition d'une arthrose au genou droit et d'une évolution défavorable de ses lombalgies. De plus, il a précisé que sa capacité résiduelle de travail avait diminué à 50% dès le 3 novembre 2003, lors du stage effectué dans le cadre de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI. A cet égard, il s'est référé aux rapports du Dr A_____ des 6 décembre 2004 et 5 janvier 2005 qu'il a produits avec son écriture. Il a conclu à la reconnaissance d'une invalidité de 50% sous suite de dépens.

40. Dans son courrier du 31 janvier 2005, l'ASSOCIATION REALISE a précisé que, lors du stage, l'assuré avait dû emballer sous film des documents et revues, nettoyer des écrans et claviers informatiques, plier et mettre des documents sous enveloppe. Elle a estimé que ses problèmes de santé semblaient ne pas lui permettre de suivre un rythme de travail et de production habituel dans une entreprise conventionnelle.

41. Par écriture du 10 février 2005, le recourant a versé cette pièce à la procédure.

42. A la suite de la réception de ces nouvelles pièces, l'intimé a soumis une nouvelle fois le dossier au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR). Dans son rapport du 22 février 2005, le Dr **G**_____, généraliste, a relevé que le Dr A_____ ne donnait aucune indication quant à une récente aggravation de l'état de santé de l'assuré et qu'il avait toujours estimé la capacité de travail à 50%.

43. Dans sa duplique du 23 février 2005, l'intimé a confirmé ses précédentes conclusions. Il a considéré que l'évaluation du Dr A_____ consistait en une appréciation médicale différente d'une situation demeurée pour l'essentiel inchangée.

44. Dans son écriture du 10 mars 2005, le recourant a reproché à l'intimé et à ses médecins de ne mentionner que leurs convictions personnelles sans produire aucune source ou argument scientifiques. De plus, il a relevé que l'exigence de l'intimé d'une modification de diagnostic avait pour incidence qu'aucune maladie chronique évolutive ne pouvait justifier la révision du taux d'invalidité.

45. Le Tribunal de céans a communiqué l'écriture du recourant à l'intimé et gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, étant donné que la nouvelle demande de prestations a été déposée le 8 septembre 2003, le présent recours concerne le droit à des prestations postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige, étant précisé que les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

4. Le recours a été formé en temps utile dans le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté également dans la forme prévue par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur le droit à une demi-rente suite l'aggravation de l'état de santé alléguée.

6. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

   b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

   c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une

invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

d) Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Il ne suffit toutefois pas qu'une situation, demeurée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée de manière différente (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2).

7. En l'espèce, contrairement à ce que prétend l'intimé dans sa réponse du 7 janvier 2005, dans sa décision du 17 août 2004 confirmée par décision sur opposition du 12 novembre 2004, il n'a pas refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par le recourant, mais a rejeté la demande en entrant formellement et matériellement en matière. En effet, l'intitulé de la décision comporte la mention "refus de toute prestation AI" ce qui établit une entrée en matière formelle. De plus, la gestionnaire de l'OCAI est matériellement entrée en matière, puisqu'elle a conclu, après avoir analysé les divers éléments médicaux en sa possession, notamment les rapports des divers examens radiologiques et du Dr A_____, que, même dans le cadre d'une activité professionnelle exercée uniquement en position assise, le recourant avait une capacité de travail résiduelle entière.

   Étant donné que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande, il n'est pas nécessaire d'examiner comment l'administration a tranché la question de la recevabilité de la demande, mais seulement si c'est à juste titre qu'elle a considéré que l'invalidité du recourant ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision. En d'autres termes, il convient d'examiner si un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité du recourant et donc son éventuel droit aux prestations de l'assurance-invalidité s'est produit depuis la dernière décision de refus de rente (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3).

   Dans le présent cas, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 22 novembre 2001 par laquelle l'intimé a rejeté la demande de prestations du 9 octobre 2000 - rejet confirmé par la Commission de recours dans son jugement du 4 juillet 2003 qui est entré en force - et les circonstances régnant à l'époque de la décision sur opposition du 12 novembre 2004 par laquelle l'intimé a rejeté la demande du 8 septembre 2003.

8. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

   b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

   c) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   d) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

9. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports

médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

10. Au moment de la décision du 22 novembre 2001, le recourant présentait des troubles lombaires sous forme d'un canal lombaire étroit, d'une protrusion discale avec une petite composante herniaire en L4-L5, d'une protrusion discale prononcée en L5-S1, d'une spina bifida occulta en S1 et d'une sclérose des surfaces articulaires sacro-iliaques. En outre, il souffrait également de diverses lésions au genou droit, à savoir d'une chondropathie rotulienne dans la partie externe, d'une dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne, d'une lésion chondrale stade IV du condyle externe, d'un status après débridement avivement du foyer cartilagineux et a dû subir une greffe osseuse autologue et une transplantation ostéochondrale autologue en mosaïque du condyle externe droit.

A la suite de l'opération du 2 novembre 1999, est apparue une très importante amyotrophie du membre inférieur droit entraînant une instabilité subjective et des lâchages du genou. Cette symptomatologie limitait la capacité fonctionnelle du membre inférieur gauche de sorte que le recourant n'était apte qu'à travailler en position assise ou en position alternée assise et debout, sans port de lourdes charges et sans montée ou descente d'escaliers. A la suite du stage effectué du 16 juillet au 15 octobre 2001 auprès de la FONDATION PRO, la capacité de travail du recourant dans des activités légères était considérée comme étant entière avec un rendement de 90%.

Dans son courrier du 5 novembre 2003, le recourant soutient que son état de santé concernant son genou se dégrade continuellement et progressivement avec des lâchages du genou entraînant des chutes accompagnées de lésions. A ce sujet, il se réfère à la chute du 17 février 2003 qui a provoqué une fracture verticale de la tête radiale droite.

Quant à l'évolution du genou droit depuis le 22 novembre 2001, le rapport du Dr D_____ du 11 avril 2003 fait état d'un status satisfaisant sans notion d'instabilité ligamentaire ou de souffrance médicale, mais avec une amyotrophie quadricipitale et une hypoactivité de ce muscle faisant penser à une négligence quadricipitale. Par ailleurs, les recherches d'une lésion neurologique et d'une déficience musculaire se sont avérées négatives. A ce sujet, dans son rapport du 26 juin 2003, le Dr F_____ précise que le test isocinétique est singulièrement parasité par des autolimitations massives de sorte que son interprétation reste difficile, voire impossible. Outre l'électroneuromyographie, le Dr E_____ a fait procéder, dans le cours du mois de mai 2003, à une IRM lombaire et à des radiographies de la colonne lombaire qui confirment l'existence d'un canal lombaire étroit et des protrusions discales en L4-L5 et L5-S1. De plus, ces radiographies mettent en évidence une sclérose au niveau des facettes articulaires postérieures avec épaississement des ligaments jaunes mais ne provoquant pas de rétrécissement canalaire surajouté, un aspect légèrement rétréci des trous de conjugaison en L4-L5 sans conflit radiculaire associé, une ostéophytose antérieure entrant dans le cadre d'une discarthrose en L4-L5 et L5-S1.

Dans son rapport du 23 mai 2003, le Dr E_____ relève que les compléments d'investigation par IRM lombaire et radiographie fonctionnelle ne montrent pas d'instabilité au niveau lombaire, ni hernie ou trouble dégénératif pouvant contribuer à une atteinte radiculaire du côté droit. Il conclut à l'absence d'explication neurologique à ces lâchages du genou droit.

Dans son rapport du 22 octobre 2003, le Dr A_____ signale une perte de 50% de la force musculaire au niveau du genou droit, l'impossibilité pour le patient de travailler dans un emploi debout et de porter des charges, enfin il estime nécessaire qu'il bénéficie d'une place de travail assise. Puis, dans son rapport du 6 décembre 2004, le médecin-traitant diagnostique des gonalgies droites suite à une ostéochondrite du condyle fémoral externe opérée en 1999, des lombalgies chroniques sur un canal lombaire étroit et une spina bifida occulta (S1) ainsi qu'une obésité (BMI de 30). Il explique qu'il a toujours admis une capacité de 50% dans une activité adaptée et que cela a été constaté lors du stage professionnel. Il précise que, lors du stage effectué du 15 septembre 2003 au 14 mars 2004, il a attesté une capacité de travail réduite de 50% dès le 3 novembre 2003 pour le motif qu'il s'agit de la capacité résiduelle permanente de travail du patient. Enfin, il fait état d'empêchements sous forme de diminution de la mobilité due aux lâchages du genou droit et de la nécessité de changer souvent de position en raison des douleurs lombaires.

Dans son rapport du 5 janvier 2005, le Dr A_____ mentionne que l'évolution du genou droit a débouché sur l'apparition d'une arthrose entraînant une limitation physique des fonctions du genou sous forme de déficit de flexion et d'extension, nécessité de changer régulièrement de position, fréquents lâchages du genou. Enfin,

il décrit des lombalgies sur arthrose et surcharge pondérale handicapant le patient dans la position debout et le port de charges.

Pour sa part, le recourant soutient qu'il souffre désormais d'une arthrose du genou droit qui a défavorablement évolué, tout comme ses lombalgies sur arthrose.

Quant à l'affection lombaire, les divers rapports médicaux ne font nullement état d'une évolution défavorable. En effet, le rapport du 23 mai 2003 du Dr E_____ conclut à l'absence d'instabilité au niveau lombaire et de hernie ou trouble dégénératif pouvant contribuer à une atteinte radiculaire du côté droit. Force est de constater, s'agissant du genou droit, que les lâchages étaient déjà présents lors de la décision du 22 novembre 2001 puisque, dans son rapport du 8 novembre 2000, le Dr D_____ mentionnait déjà une très importante amyotrophie de non-utilisation du membre inférieur droit entraînant une instabilité subjective du genou et des lâchages. De plus, en indiquant dans son rapport du 11 avril 2003 que l'amyotrophie quadricipitale faisait penser à une négligence quadricipitale, il sous-entendait que l'amyotrophie était due à l'attitude du recourant qui négligeait d'entreprendre les efforts nécessaires pour mobiliser et remuscler son membre inférieur droit.

En définitive, seul le rapport du Dr A_____ du 5 janvier 2005 relève une évolution ayant débouché sur une arthrose, sans donner d'autres précisions à ce sujet quant à l'apparition de cette symptomatologie, étant précisé que dans leurs rapports de 2003 les autres médecins ne signalent pas une telle évolution. Il justifie le taux de capacité résiduelle de travail de 50% dès le 3 novembre 2003 en expliquant qu'il s'agit de la capacité de travail résiduelle qu'il a toujours admise dans une activité adaptée.

Quant au rapport du Dr A_____ du 22 octobre 2003 faisant état d'une perte de 50% de la force musculaire, il est en contradiction avec l'appréciation du Dr F_____ qui estime que les résultats du test isocinétique sont ininterprétables en raison d'une autolimitation massive du patient. C'est également le lieu de rappeler que, lors de la pesée des divers avis médicaux, les constatations du médecin-traitant revêtent moins de poids que l'appréciation faite par un médecin extérieur étant enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient. En conséquence, elles ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du Dr F_____.

Étant donné que les résultats objectifs des examens décrits dans les divers rapports médicaux s'avèrent, pour l'essentiel, identiques à ceux existants au moment de la décision du 22 novembre 2001, ils ne permettent pas de retenir un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité. En définitive, les considérations médicales du Dr A_____ portent essentiellement sur les plaintes de l'assuré et attestent une capacité résiduelle de travail de 50% dans une

activité adaptée, mais n'expliquent pas en quoi il y aurait eu une aggravation importante de l'état de santé entre la décision du 22 novembre 2001 et la décision sur opposition du 12 novembre 2004. De plus, il n'est pas sans importance de relever qu'au moment de la décision du 22 novembre 2001, le recourant s'estimait déjà incapable de travailler à un taux d'activité supérieur à 50% ce qui démontrait son installation dans un processus d'invalidité.

Or, même si l'apparition progressive d'un processus arthrosique peut être admis, il n'est pas démontré qu'au moment de la décision sur opposition du 12 novembre 2004, cette arthrose serait devenue à ce point importante qu'elle empêcherait le recourant d'exercer une activité adaptée en position assise.

11. Le recourant invoque encore les rapports relatifs à son dernier stage effectué dans le cadre de l'assurance-chômage du 15 septembre 2003 au 14 mars 2004 pour étayer sa thèse.

Les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux ont peut encore raisonnablement exiger de lui (ATFA du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2).

En l'espèce, le bilan du 5 avril 2004 confirme les limitations fonctionnelles déjà connues en 2001, à savoir la nécessité d'alterner les positions assise et debout ainsi que l'impossibilité de porter des charges supérieures à cinq kilos. Il relève également qu'après un mois d'activité à plein temps, le temps de travail a été réduit à 50% en raison des douleurs dorsales et aux jambes, sans toutefois préciser si un médecin-conseil de l'ASSOCIATION REALISE, pour autant qu'elle en ait un, a confirmé le taux de capacité de travail résiduelle. Or, dans son rapport complémentaire du 31 janvier 2005, le responsable de cette association considère que les problèmes de santé du recourant semblent ne pas lui permettre de suivre un rythme de travail et de production habituel dans une entreprise conventionnelle. Par cette formule, le responsable de cette association émet une simple hypothèse qui n'a pas été confirmée par un médecin-conseil de l'association et qui n'est pas établie au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante. Cette appréciation reposant essentiellement sur les plaintes de l'assuré, sans être confirmée par un avis médical

dûment motivé, elle ne peut pas supplanter les appréciations des Drs D_____, F_____ et E_____.

En conséquence, il y a lieu de nier un changement suffisamment important de circonstances entre la décision du 22 novembre 2001 et la décision sur opposition du 12 novembre 2004 pour justifier désormais l'octroi d'une rente d'invalidité.

12. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Janine BOFFI	Karine STECK

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le